

ANNÉE 1931

THÈSE

No 439

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis THOLOSE

Né à Aisy-s/-Armançon (Yonne), le 25 Septembre 1906
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE

DU

TERRAIN DYSENDOCRINIEN

DE LA PELADE

Travail du Service de M. le Dr LOUSTE

Médecin de l'Hôpital St-Louis

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

ANNÉE 1931
—

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis THOLOSE

Né à Aisy-s/-Armançon (Yonne), le 25 Septembre 1906

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE

DU

TERRAIN DYSENDOCRINIEN

DE LA PELADE

Travail du Service de M. le Dr LOUSTE

Médecin de l'Hôpital St-Louis

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1931

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	ROUVIERE.
Physiologie.	GREGOIRE.
Physique médicale.	BINET.
Chimie médicale.	STROHL.
Bactériologie.	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutique générales.	BRUMPT.
Pathologie médicale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.	CLERC.
Anatomie pathologique.	LENORMANT.
Histologie.	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale.	CHAMPY.
Thérapeutique.	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.	LOEPER.
Médecine légale.	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.	MENETRIER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	RATHERY.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TESSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . .Neurologie et Psychiatrie.
 N.Physiologie.
 AUBERTIN.Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) . .Pathologie médicale.
 SANNIE.Chimie biologique.
 BROCCQ.Pathologie chirurgicale
 BRULE.Pathologie médicale.
 CADENAT.Pathologie chirurgicale
 CATHALA.Pathologie médicale.
 CHABROL.Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. . . .Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
 DOGNON.Physique.
 DONZELOT.Pathologie médicale.
 ECALLE.Obstétrique.
 FEY.Urologie.
 GARNIER.Pathologie expérimentale.
 GASTINEL.Bactériologie.
 GATELLIER.Pathologie chirurgicale
 GIROUD.Histologie.
 HARVIER.Pathologie médicale.
 HOVELACQUE. . . .Anatomie.
 HUTINEL.Pathologie médicale.
 JOANNON.Hygiène.
 LABBE (Henri). . .Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy). . .Pathologie médicale.
 LEMAITRE.Oto - rhino - laryngologie.
 HUGUENIN.Anatomie pathologique
 LEVEUF.Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. . .Neuro-psychiatrie.
 LIAN.Pathologie médicale.
 HAZARD.Pharmacologie.
 MILLOT.Histologie.
 MONDOR.Pathologie chirurgicale
 MOREAU.Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . .Pathologie chirurgicale
 MOURE.Pathologie chirurgicale
 MULON.Histologie.
 OBERLING.Anatomie pathologique
 OLIVIER.Anatomie.
 PIEDELIEVRE. . .Médecine légale.
 PORTES.Obstétrique.
 QUENU.Pathologie chirurgicale
 RICHET.Physiologie.
 SEZARY.Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . . .Obstétrique.
 VELTER.Ophtalmologie.
 VERNE.Histologie.
 VIGNES.Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET.Pharmacologie.
 GUENIOT.Obstétrique.
 LEQUEUX.Obstétrique.
 LEROUX.Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE. .Parasitologie.
 RETTERER.Histologie.
 ZIMMERN.Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER. . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY.	Clinique médicale.	MATHIEU.	Clinique chirurgicale.
DEBRE.	Clinique médicale.	MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL.	Clinique médicale.	LE LORIER.	Clinique chirurgicale.
LAVASTINE. . . .	Clinique médicale.	LEVY-SOLAL. . . .	Clinique obstétricale.
BASSET.	Clinique chirurgicale.	METZGER.	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEIL-HALLE.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE DIJON

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECLERC

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETITJEAN

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stages

MONSIEUR LE DOCTEUR OCKINCZYC

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHE

MONSIEUR LE DOCTEUR AUCLAIR

(In memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. E. WEIL

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE PROFESSEUR ECALLE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUSTE

(en témoignage de reconnaissance
pour les facilités que nous avons trou-
vées dans son service pour l'établis-
sement de ce travail).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit permis de re-
mercier tout particulièrement
Monsieur le Docteur *Juster*, pour
l'aide et les conseils précieux qu'il
nous a apportés au cours de la
rédaction de notre thèse dans le
service de notre maître M. *Louste*.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est Bateman qui le premier paraît avoir tenté un essai d'individualisation de la pelade.

Cependant, auparavant, Jonston, en 1655, l'avait décrite sous le nom d'area.

Sauvage, en 1768, la nomme alopécie en aires.

Mais c'est Bateman qui le premier en donna la définition, définition classique encore aujourd'hui :

« Cette curieuse maladie est caractérisée par des taches plus ou moins circulaires qui rendent chauves les parties sur lesquelles on ne remarque aucun cheveu, tandis qu'elles sont environnées d'un aussi grand nombre de cheveux que dans l'état naturel. La surface du cuir chevelu est, dans l'étendue des taches, unie, brillante et d'une blancheur remarquable ». Bateman (in Sabourand).

A partir de cette époque la pelade est bien individua-

lisée et son histoire va pouvoir se diviser en 3 périodes :

Dans la première, c'est la théorie parasitaire qui va régner, d'où la notion de contagiosité qui sera admise à peu près sans conteste.

Dans la 2^e, c'est Jacquet qui va battre en brèche victorieusement cette théorie, et va montrer l'importance du terrain et du système nerveux dans la pelade.

Enfin, dans la 3^e, les travaux de MM. Lévy-Franckel et Juster, poursuivis dans le service de notre maître, M. Louste, vont préciser cette notion de terrain, en attirant l'attention sur le rôle capital joué par les glandes endocrines et le sympathique, et édifier leur théorie endocrino-sympathique de la pelade.

1^{re} période. — Théorie parasitaire.

Cette période s'étend à peu près de 1845 à 1900.

En 1843, Gruby décrit le *microsporum Audhuini* et en fait l'agent pathogène de la pelade. Bazin va s'appuyer sur cette découverte pour affirmer la nature parasitaire et contagieuse de la pelade.

En 1896, Sabouraud admet cette théorie et va la faire triompher sans conteste.

Il décrit de véritables épidémies de pelade.

En 1897 il découvre son micro-bacille, agent de sa seborrhée grasse et de la pelade et appuie son rôle étiologique sur la reproduction d'une alopecie en aire chez le lapin par une injection de la toxine de ce microbe.

A ce moment, la médecine était en plein sous l'influence des idées de Pasteur alors toutes nouvelles.

Une maladie ne se concevait pas sans son microbe ; la maladie est avant tout d'origine exogène.

Sabourand représente typiquement cet état d'esprit.

« Je comprends qu'un malade meure infecté ou empoisonné, qu'il soit victime du bacille tuberculeux ou de l'oxyde de carbone. Je ne comprends pas qu'il tombe malade sans l'intervention d'un être ou d'une chose étrangère à lui. Sans doute, tout ce qui naît doit mourir et un organisme jeune vieillira.

« Mais pour un qui meurt de vieillesse des millions sont tués. Un organisme ne se tue jamais, il est tué par d'autres ou par autre chose que lui.....

... « C'est dire que dans mon esprit la cause initiale d'un état morbide quel qu'il soit, est hors du malade ».

Il fallait donc trouver le microbe de la pelade, le parasite qui en était la cause efficiente.

Et Sabouraud crut l'avoir trouvé. Il décrivit son microbacille.

On retrouva des épidémies de pelade.

« En 1896, dit Sabouraud, toute l'école de Saint-Louis croyait à l'origine parasitaire de la pelade » et la contagiosité de cette affection avait été tenue pour une vérité d'évidence par deux générations médicales. »

Mais bientôt Jacquet va venir battre en brèche cette croyance universelle.

C'est que l'esprit de Jacquet est exactement l'opposé de celui de Sabouraud.

« Jacquet, est par tempérament, un physiologiste. Pour lui, l'organisme humain et son développement spontané normal ou anormal sont l'objet d'études par excellence et sa rencontre avec des ennemis de l'extérieur n'est qu'un accident dans l'histoire générale de son développement, de sa déchéance et de sa mort... »

« Son esprit est ainsi fait que jamais la pullulation d'un germe et ses lois de diffusion dans un organisme étranger ne l'intéresseront en soi. Les affections microbiennes ne l'ont préoccupé que parce qu'elles lui semblaient prendre trop de place dans la pathologie contemporaine... » Sabouraud.

Et Sabouraud conclut : « Pour Jacquet, c'est nous qui la faisons (la maladie). Pour moi, elle est faite en nous par autre chose. C'est l'esprit de Cl. Bernard et celui de Pasteur qui sont aux prises... ils se tiennent derrière nous comme les dieux d'Homère :

« *Mulciber in Troïam, pro Troïam stabat Apolio* ».

Donc Jacquet va s'attacher à réduire l'importance des causes exogènes de la pelade, pour porter toute son attention non plus au dehors mais sur le malade lui-même, et remettra en évidence le rôle primordial du terrain peladique.

2^e période. — Pelade nerveuse, dentaire de Jacquet.

Dès 1897, il va s'efforcer de détruire le dogme de la nature infectieuse de la pelade ; il va même jusqu'à s'inoculer lui-même sans réussir à s'infecter, et se dit prêt à se laisser inoculer.

Dans une séance de la Société de dermatologie, il dit :

« Je m'offre à Sabouraud et à Hallopeau quand ils auront l'occasion d'observer une pelade de virulence supposée maxima, de m'inoculer soit à la tête, soit à la barbe, sous l'expresse réserve que j'aurai toute facilité de m'assurer que leur malade n'est ni syphilitique ni tuberculeux.

« J'ajoute que je propose à ces messieurs des conditions d'expérimentation idéales, car on le sait, j'ai été et je suis encore peladique et la pelade récidive et ne vaccine pas ». (Jacquet, Société de dermatologie, 6-3-1902).

Dès le début, Jacquet, s'attaquant à la théorie infectieuse de la pelade, insiste sur le rôle capital du terrain peladique, terrain « fleurant la toxémie ».

Il veut qu'on examine le malade non plus localement, mais complètement, en général, de la tête aux pieds.

« La pelade constitue un chaînon plus ou moins distant du point initial et du point terminal d'une série morbide.

« L'alopécie n'est qu'un symptôme dont l'objectivité

attire vivement, mais ne doit pas retenir uniquement l'attention « L'arrêt de la fonction pupillaire est selon toute apparence, consécutif à une série d'actes morbides fort éloignés souvent de leur *primum movens* initial ».

Les lésions du poil peladique lui paraissent banales :

Le fait capital, c'est la mue pilaire, et la pelade n'est que le grossissement, la multiplication d'un fait physiologique et il insiste toujours sur l'importance des alterations du terrain peladique.

« La pelade, même très légère, est en connexion constante avec un ensemble morbide préalable, simultané et consécutif qu'on ne doit pas en dissocier et qui lui constitue une atmosphère. Que cette ambiance pré, meta, et post peladique soit faite de troubles qu'il est banal de voir sans elle, là n'est pas la question : ou oui non, est-elle possible en dehors de cette ambiance ? Je penche pour la négative, et parmi la centaine de faits que j'ai observés, je n'ai pas vu une seule fois la pelade isolée, la pelade pure, la pelade en soi, telle que devrait au moins de temps à autre la produire l'agression du microbe spécifique. La pelade n'est ni une maladie spécifique, ni un syndrome, mais un symptôme parfois négligeable, parfois prédominant d'un ensemble à la fois très complexe et très banal, précédant la déglabration, l'accompagnant et lui survivant. »

« La théorie neurotrophique me semble à l'heure actuelle la seule qui réponde à l'ensemble des notions sur

la pelade Jacquet, après avoir essayé de préciser le terrain peladique va rechercher quelles sont les causes déclanchantes de la pelade ; et ayant remarqué la fréquence des névralgies dentaires et faciales chez les peladiques, il va édifier sa théorie de l'origine dentaire de la pelade, théorie qui va prendre bientôt une extension considérable, et dont la généralisation paraît aujourd'hui avoir été fortement exagérée, quoiqu'elle semble reposer sur quelques observations incontestables, mais qui restent malgré tout des cas particuliers.

Cependant, il faut reconnaître que c'est Jacquet qui a eu le premier le mérite de montrer le rôle du terrain dans la pelade, et celui du système nerveux.

3^e période. — Pelade endocrino sympathique de Lévy-Franckel et Juster.

C'est en 1922 au 1^{er} Congrès de dermatologie et de syphiligraphie que Lévy-Franckel et Juster attirent l'attention sur l'importance du syndrome endocrino sympathique de la pelade.

Ce sont ces troubles endocriniens qui vont fournir l'explication du terrain peladique que Jacquet avait déjà bien mis en évidence sous le nom d'« Atmosphère générale de la pelade ».

Déjà en 1913, Sabouraud avait montré la coexistence des troubles ovariens avec la pelade, ainsi que l'évolution parallèle d'une pelade et d'un goitre exophtalmique.

Dans leur communication de 1922, L. F. et J. insistent

sur la fréquence des troubles endocrino sympathiques, au cours de la pelade.

Plus tard, Juster écrira :

« Il est tout d'abord indéniable que la lésion d'un nerf périphérique médian, sciatique, détermine des modifications cutanées... D'autre part, certaines affections des glandes vasculaires sanguines s'accompagnent très souvent de maladies de peau, et cette coexistence doit être considérée plus que comme une simple coïncidence.

Exemple : La mélanodermie dans le Basedow, l'hypertrichose des tumeurs surrenales, aspect ichtyosiforme dans le myxoederre, etc. Aussi pour admettre une relation entre la lésion cutanée et une perturbation du système neuro-endocrinien, nous exigerons le critérium suivant : *La maladie de peau envisagée comme étant d'origine neuro-endocrinienne doit pouvoir être reproduite par une lésion traumatique ou une affection microbienne ou toxique du système nerveux périphérique ou central ou endocrinien.*

Mais comment peut-on envisager cette action du système nerveux sur la peau... Le rôle trophique du système nerveux paraît plus complexe que ne l'admettait la physiologie classique. Nous avons appris l'existence des ganglions sympathiques situés dans les parois artérielles et nous commençons à entrevoir l'intérêt neurologique des cellules de Langherans ; nous connaissons mieux la topographie des centres et des nerfs sympathiques et notamment des nerfs sécrétoires cutanés.

D'autre part le système humoral a une influence incontestable sur la vie normale de notre revêtement cutané.

Néanmoins, nous sommes loin de comprendre le mécanisme d'une alopecie localisée provoquée par une intoxication interne et dans ces actions hormonales quel est le rôle de chaque glande : discrimination bien difficile.

Les perturbations vaso-motrices localisées ne sont pas sans avoir une certaine importance dans la régulation de la nutrition des tissus.

Un exemple en est fourni par l'alopecie en aires, la pelade qu'on peut observer sur les jambes de certains malades atteints de claudication intermittente — par artérite le plus souvent syphilitique. Dans un cas que nous avons traité récemment, la jambe la plus alopecique était précisément celle dont les battements artériels étaient les plus faibles.

Il est fréquent de voir une modification neuro-circulatoire locale exterioriser une perturbation humorale ou endocrinienne ».

Depuis l'époque de cette communication, la coexistence de troubles endocriniens au cours de la pelade est apparue comme étant de plus en plus fréquente et les observations se sont multipliées de troubles endocriniens accompagnés de pelade : « Le fait est surtout évident chez les syndrômes pluri-glandulaires de Claude et Gougerot, dans lesquels peuvent être rangés les dys-

trophies génito-glandulaires, de Da Castro. l'infantilisme reversif de Gandy, la gérodermine, etc. Dans certaines formes cliniques de ces syndrômes, comme le disent MM. Claude et Sourdel, le système pileux est toujours très touché : chute des cheveux, de la barbe, des moustaches, des poils du corps ». L.-F. et J. 1923.

En outre, les troubles consécutifs aux interventions chirurgicales sur les glandes indocrines viennent encore apporter une confirmation quasi expérimentale à l'exactitude de ces vues :

« Chez la femme comme chez l'homme j'ai vu la castration suivie de pelade, alopecia arcata », constate M. Sabouraud. Le même auteur montre de même la plus grande fréquence de la pelade au moment de la ménopause, et sa coexistence extrêmement fréquente avec le Basedow.

Enfin comme dernière preuve de l'importance du terrain dysendocrinien dans la pelade, la thérapeutique endocrinienne a donné des succès assez nombreux dans le traitement de la pelade : « L'adjonction au traitement antérieurement suivi par les peladiques d'extraits endocriniens (le plus souvent corps thyroïde et glandes génitales d'animaux euthyroïdes, nous a permis de guérir des pelades jusque-là rebelles ». L. F. et J. Le critérium exigé par Juster se trouve donc nettement établi.

D'ailleurs dans ses entretiens dermatologiques, Sabouraud avait déjà montré que la pelade est une maladie générale.

Nous ne pouvons mieux faire que citer entièrement ce passage, ou Sabourand décrit l'aspect général des peladiques, :

« L'état général de peladiques, là me paraît le point capital sur lequel les études doivent porter dorénavant et celui sur lequel très peu d'observateurs ont les yeux fixés.

« Il est incontestable tout d'abord qu'il y a de grands peladiques dont l'état général paraît excellent. Si dans tous les cas de grande pelade, l'état général du patient était mauvais, on n'aurait pas mis tant de temps à s'en apercevoir et des observateurs tels que nos maîtres n'auraient pas laissé passer le fait sans le voir. Ce qu'ils ont fait.

« Hynoptisés (comme nous par eux et après eux) par la tache peladique, comparée à la tache de teigne tondante, ils ne regardaient qu'elle. Tâchons de faire mieux.

« Pour cela, lorsqu'un cas bien examiné ne nous donne aucun renseignement, laissons le passer. Celui-là n'éclaircira pas la question.

Mais quand un autre se laisse entamer par l'observation clinique, ne le laissons pas échapper, analysons-le.

« Il y a des cas dans lesquels non seulement le poil, mais la peau entière est touchée. Ces cas sont mieux connus désormais, mais combien différents les uns des autres et combien mal classés. Dans certains la peau du crâne est épaissie et comme œdématiée. Elle garde l'empreinte du

doigt presque comme la peau des jambes d'un albuminurique ou d'un cardiaque et ce sont ces cas où l'on retrouve émergeant à peine de la peau au point qu'on peut difficilement les saisir à la pince, de longs cadavres de cheveux, ayant l'apparence du cheveu normal, sauf en leur racine qui est brusquement et brièvement effilée. C'est le cheveu cadavérisé, bien mentionné par E. Besnier : l'œdème spécial de la peau peladique dans laquelle on la retrouve avait été très bien signalé par Devergie.

« Le même œdème ou, pour parler plus exactement, le même état adipeux mou, peut être observé au visage, qui se rapproche du facies proconsulaire de certaines effigies romaines. Au nez, aux paupières, aux joues, aux mâchoires, les téguments sont également épaissis et amollis, les joues pendent. Et cela s'observe surtout chez les peladiques qui ne guérissent pas et qui gardent leur pelade pendant d'interminables années.

« Dans d'autres cas, le facies est presque inverse, et pourtant bien caractéristique aussi.

« Non seulement les tissus sous-cutanés ne sont pas engoncés de graisse, mais ils semblent avoir perdu tout leur substratum adipeux normal. La peau est souple, le pli qu'on en fait est mince comme celui d'une étoffe, et d'une étoffe qu'on peut distendre. La peau flaccide est seulement reliée aux tissus sous-jacents par un tissu conjonctif d'une anormale laxité. C'est là proprement ce que Jacquet a décrit le premier sous le nom d'hypotonie cutanée.

« Et le seul reproche que je ferais à ce nom c'est de sembler indiquer un phénomène passager, une absence passagère de tonus alors que rien n'est plus fixe et plus définitif que ce symptôme, lequel aussi caractérise la peau de certains peladiques qui ne guérissent jamais ou ne guérissent que par intervalles.

« Le visage des patients prend alors des caractères de mobilité simiesque, à la main il est pétrissable au point de perdre toute forme, et même au repos il est coupé de rides profondes suivant les contours musculaires. Cette peau permet la palpation la plus exacte et la plus fine des plans sousjacents.

« De tels arguments sont d'ailleurs, souvent remarquables par l'excitabilité extrême de leurs nerfs vasomoteurs : un pincement léger, un effleurement déterminent sur eux une rougeur subite. D'autres sont couperosés naturellement et d'une façon que l'âge n'explique pas.

« Enfin chez certains de ces malades il n'est pas jusqu'au plan musculaire qui ne soit touché. Au travers de la peau, on surprend des trémulations passagères de petits faisceaux du masseter ou du zygomatique et ces trémulations se répètent jusqu'à 15 et 20 fois par minute.

« Tout cela, n'est-ce pas, indique bien la participation du sous-sol cutané, et même d'autres organes plus profonds, au processus de la maladie dépilante.

« Et d'emblée, on peut dire, comme un fait positif et presque toujours vérifié par la clinique, que si la pelade s'accompagne de l'un quelconque ou de plusieurs de ces symptômes elle est grave. Il semble que lorsque l'alopécie en aires s'en accompagne, la cause qui fait tout cela ne marque partout son empreinte que parce qu'elle est plus profonde, plus définitive.

« Il en est de même pour un autre symptôme bien connu aussi, pas assez étudié cependant. Je veux parler des leucodermies. Tout le monde connaît le vitiligo et tous les dermatologistes ont vu son association avec la pelade.

« Tous les dermatologistes savent que les repousses partielles de pelades graves sont faites le plus souvent de poils vitiligineux blanc d'argent. Nous aurons tous vu aussi des pelades débiter autour de touffes de cheveux blancs existant depuis l'enfance et qui depuis des années semblaient aussi fixes et immobiles que des noëvi.

« Mais ce qu'on n'examine pas assez, c'est la leucodermie des pelades en général. Beaucoup de médecins ne font pas de différence à l'œil entre les cas qui la présentent et ceux qui ne la présentent pas. Cazenave appelait vitiligo, toutes les pelades, le mot de pelade n'existe pas dans son œuvre. Sans doute, c'était pour faire pièce à son adversaire, Bazin, qui l'avait remis en honneur. Mais pourquoi chercher ce mot de vitiligo pour caracté-

riser une maladie dont tout le monde croit que la leucodermie n'est qu'un très rare et très accessoire caractère. C'est que dans nombre de cas, sans qu'il y ait de vitiligo proprement dit, on voit des taches lencodermiques, sous-entendre les taches peladiques. Ce caractère serait beaucoup plus apparent si on rasait les cheveux sains d'un peladique, car ils le cachent.

Aussi est-il beaucoup plus aisé de s'en rendre compte à la barbe. Il est très fréquent¹.

« Voilà donc toute une série de caractères qui montrent à quel point la chute du cheveu qui est le phénomène le plus frappant dans la pelade est loin d'être le seul, quoiqu'il soit le plus souvent reconnu. Et tous les phénomènes connexes, je le répète, sont d'autant plus visibles qu'on examine des pelades graves. Ils y sont certainement plus fréquents et plus marqués ». Sabourand rapporte dans le même volume une observation remarquable d'un de ces cas :

« Je me rappelle une jeune fille de Chicago, sœur jumelle d'une autre jeune fille que j'ai observée en même temps qu'elle. Jusqu'à 14 ans, toutes deux avaient eu un développement pareil dont leurs photographies témoignaient.

Elles furent réglées, presque en même temps, mais, un

1. Il est bien remarquable de voir la photographie souligner ce caractère et en montrer l'existence évidente, même dans un cas où notre œil ne s'en rend pas compte (Note de M. Sabourand).

an plus tard, la pelade commença chez l'une et se développa rapidement jusqu'à faire disparaître tout le poil du corps, cils et sourcils compris.

« A partir de ce moment la jeune fille cessa d'avoir ses règles, elles s'espacèrent et disparurent. En même temps sa taille se mit à grandir si vite que l'enfant gagna sur sa sœur 7 à 10 cm. ; pourtant elle perdait du poids et s'amincissait de plus en plus. La graisse du pannicule adipeux sous cutané disparaissait partout, et la malade prenait de plus en plus une apparence de momie extraordinaire, augmentée encore par sa face glabre et sa perruque ».

D'après ces descriptions de Sabouraud, Juster individualise 2 types de peladiques graves :

1° Le type qu'on pourrait dénommer par une exagération grossière, le type empereur Romain, aux joues élargies, adipeuses molles, d'un teint ivoirin, blafard, facies que peut prendre aussi bien la femme que l'homme.

2° Le type de momie ou de vieillard précoce, dont la malade décrite plus haut par M. Sabouraud est le type.

Ces formes se rapprochent de l'aspect qu'on trouve dans certains syndrômes pluri-glandulaires : en particulier dans l'infatilisisme géro-dystrophique ou nainisme sénile de Variot et Peronneau, affection où l'on rencontre d'ailleurs fréquemment l'alopecie en aires.

Enfin rappelons que notre maitre, M. Louste, a signalé avec MM. Lévy-Franckel et Juster, dans une très intéres-

sante communication à la Société de dermatologie, plusieurs observations, que nous rapporterons plus loin, de pelade associée à l'hypertrichose. Ces associations qui apparaissent surtout vers la ménopause, mais qui peuvent aussi se voir chez l'homme, s'ajoutent ordinairement aux autres signes de dysendocrinisme que présentent ces malades, et M. Louste dit :

« Il est assez curieux de noter que l'on peut observer la pelade aussi bien chez des hommes dont la pilogenèse est exagérée que chez des individus très peu velus, et à joues atonés, flasques et à poils rares. La réunion de l'hypertrichose et de la pelade sur le même sujet ne peut être interprétée comme un hasard de la pathologie : Ces troubles de la fonction pileuse s'observent en effet chez des malades présentant les mêmes perturbations organiques et notamment du dysfonctionnement des glandes vasculaires sanguines. Cette dystrophie de la fonction pileuse peut même s'observer héréditairement : Nous connaissons une jeune femme, grande peladique dysthyroïdienne, dont la petite fille, âgée de 7 ans lorsque nous la vîmes, avait le corps suivant l'expression de sa mère « velu comme celui d'un singe ». Ces faits sont à rapprocher de ceux observés par M. Sabouraud et relatés dans son mémoire des annales de dermatologie de 1913. Ils démontrent l'importance du terrain endocrinien dans la pathogénie des troubles de la fonction

pilaire, aussi bien dans l'exagération de la p'ilogénèse (hypertrichose) que dans la sidération de la papille (pelade). » (Louste, communication à la société de dermatologie, séance du 12 janvier 1928).

CHAPITRE II

PELADE ET CORPS THYROÏDE

La coexistence de troubles des phanères a été signalée de tout temps au cours de la maladie de Basedow. L'alopecie en aires était signalée par Basedow lui-même dès ses premières communications, et sa fréquence au cours du basedow fut remarquée par beaucoup d'auteurs.

Parmi eux, Sabouraud, en 1913 signalait des cas de pelade évoluant parallèlement à une maladie de Basedow ; Jacquet avait d'ailleurs signalé un cas analogue dès 1902.

Dans leur communication de 1922 sur le syndrome endocrino-sympathique de la pelade, Lévy-Francckel et Juster insistaient sur la fréquence des troubles thyroïdiens de la pelade.

Depuis, de nombreux cas furent signalés dans des conditions analogues et en 1927, Sabouraud pouvait

écrire que la pelade fait partie du syndrome Basedow, au même titre que la tachycardie, le goître et le tremblement.

Mais nous insisterons surtout sur les belles expériences de M. Sainton qui viennent apporter à ces observations cliniques la confirmation décisive qu'est la reproduction expérimentale.

En 1928, Sainton observait sur les gallinacés, et sur le lapin soumis à l'intoxication thyroïdienne intensive des troubles des phanères extrêmement intéressants. Sur les gallinacés, les expériences furent faites soit par injection de corps thyroïde, soit par injection de thyroxine synthétique.

Dans le premier cas au milieu de troubles généraux marqués, qui allèrent même jusqu'à la mort d'un des animaux en expérience, on observa des troubles pigmentaires très nets. L'animal était une poule adulte complètement noire.

« Il présente une dépigmentation définitive par plaques ; le blanchissement se fait dans certaines aires entre lesquelles se trouvent des plumes excessivement développées et soyeuses. Il en est ainsi au niveau de la région dorsale. Mais c'est au niveau des plumes des ailes que les troubles de dépigmentation acquièrent vraiment toute leur intensité. Quelques rares plumes sont entièrement blanches, d'autres sont alternativement blanches et noires ; d'autres présentent toutes les gra-

dations depuis la coloration noire la plus parfaite jusqu'à la teinte blanche en passant par les teintes intermédiaires D'autres sont restées noires. »

Chez les autres gallinacés, les résultats furent analogues, la décoloration et la chute des plumes apparurent de façon constante, toutes les fois que les doses d'extrait ingérées furent suffisantes. Par injection de thyroxine synthétique à des lapins, M. Saintou obtint des résultats absolument superposables.

Chez le lapin, les résultats furent plus difficiles et plus longs à obtenir, mais présentèrent aussi une grande netteté. Par injection d'extrait thyroïdien, on observa d'abord seulement la décoloration de quelques touffes de poils et de poils isolés, mais en prolongeant l'expérience, au bout de 14 mois environ il se produisait un déclanchement brusque de symptômes Basedowiens en même temps que des modifications du système pileux en aires apparaissaient :

« Le 2 juin il avait une plaque alopécique très nette de 4 cm 1/2 consécutive à la chute d'une touffe de poils blancs dans la région de l'épaule droite ; sous la peau on observait de petites touffes de poils noirs fins de repousse, lui donnant un aspect touffé. Actuellement la repousse s'est faite rapidement, mais vous apercevez en d'autres points de petites aires alopéciques.

« Actuellement, la teinte générale de l'animal tourne vers le roux. Il existe une chute très abondante de poils

dans une zone qui s'étend de la partie latérale de l'épaule au train postérieur ; sur toute cette surface les poils les plus longs sont devenus blancs par aires ; il existe des poils de repousse qui donnent à toute la région atteinte et particulièrement au train postérieur un aspect tacheté en plaques tout à fait particulier. Dans ces aires en même temps que les poils blanchissent et tombent, surgissent des touffes noires de poils de remplacement ».

Ces troubles paraissent à M. Sainton tout à fait analogues aux troubles pileux des basedowiens, la canitie en plaques en particulier.

En 1930, M. Sainton va encore préciser son expérimentation sur quatre points principaux et il établit :

1° La spécificité de l'action des extraits thyroïdiens sur le plumage des gallinacés et la possibilité d'obtenir des phanères sans altération de l'état général ;

2° La similitude complète de l'action de l'extrait de corps thyroïde normal et de l'extrait de corps thyroïde Basedowien arguent en faveur de ceux qui voient, dans le basedow une simple hyperthyroïde.

3° la possibilité d'exalter ou d'inhiber les effets de l'hyperthyroïdisation sur les phanères.

Dans des expériences extrêmement remarquables, il note l'exaltation de l'activité sur les phanères des extraits thyroïdiens ou de la thyroxine par l'adjonction d'extrait surrénal et d'adrénaline : expériences qui montrent bien l'importance des troubles pluriglandulaires dans les cas dont il est question.

Et d'autre part, il constate la possibilité d'inhiber l'action des extraits glandulaires sur les phanères par l'hémato-éthyroïdine : expérience des plus intéressantes si l'on la considère du point de vue thérapeutique.

4° enfin il établit la parfaite concordance des troubles observés chez l'animal avec les faits cliniques observés chez l'homme dans la pelade et le basedow.

Enfin, en 1931, M. Sainton, constatant la persistance des troubles de pigmentation, alors que la chute des phanères est réparable est amené à rechercher si ces troubles ne sont pas transmissibles héréditairement. Et il constate en effet la transmission héréditaire de la canitie obtenue chez la poule par hyperthyroïdisme

Il rapproche avec juste raison ces faits de ceux qu'on constate chez l'homme ; en particulier il cite un cas où une malade, basedowienne avec canitie en plaques a deux frères peladiques, et il conclut : « ce n'est pas par hasard que canitie et basedow existent chez les ascendants et les descendants : c'est que tous ont des manifestations d'hyperthyroïdisme qui chez les uns s'objectivent dans leur plénitude clinique, qui chez les autres se bornent à une manifestation qui pour être monosymptomatique, n'en traduit pas moins une réaction hyperthyroïdienne. »

Chez l'homme en effet, la fréquence du terrain dysendocrinien est grande chez les peladiques et les malades

présentant des troubles de la pigmentation de la peau et des poils.

Nous citerons, outre les observations inédites recueillies dans le service de notre maître, M. Louste, deux belles observations, apportées l'une par MM. Sezary et Lefevre à la Société médicale des Hôpitaux, l'autre par M. Darier à la Société de Dermatologie, se rapportant la première à un cas d'hyperthyroïdisme, la deuxième à un cas d'hyperthyroïdie, ce qui paraît moins fréquent.

Le malade de MM. Sezary et Lefèvre se présente d'une façon assez analogue en somme aux cas reproduits expérimentalement chez l'animal par M. Saintou ; l'origine dysendocrinienne des troubles pilaires a été bien démontrée par leur guérison sous l'influence de la radiothérapie du corps thyroïde : Nous citons l'observation in extenso.

« L... (A.), instituteur, âgé de trente-huit ans, nous
« consulte à l'hôpital Saint-Louis, le 13 mars 1930 pour
« une décoloration et une alopécie portant sur ses che-
« veux et ses poils.

« Il nous raconte que ses cheveux ont commencé à
« tomber au début du mois de décembre 1929 et d'em-
« blée très abondamment. Vers le milieu de ce mois,
« une alopécie diffuse étaient constituée. Elle ne s'est
« plus aggravée depuis. Mais, à ce moment, les cheveux
« restants, qui étaient jusque-là d'un beau noir, se sont

« mis à blanchir. La décoloration du cheveu a débuté
« à la base du poil : celui-ci était donc blanc seulement
« du côté de sa racine, tandis que sa partie périphé-
« rique était encore noire, de telle sorte qu'on accusait
« le malade de se teindre. La dépigmentation a gagné
« d'ailleurs rapidement, en quinze jours environ, l'extré-
« mité du cheveu. Elle l'envahit donc avec une vitesse
« beaucoup plus grande que celle de la progression nor-
« male du poil qui, on le sait, est d'environ 1 centimètre
« par mois.

« Les poils des sourcils sont tombés vers le 10 janvier,
« sans avoir blanchi. A ce moment les poils de la mous-
« tache et de la barbe ont blanchi, ils sont tombés peu
« après. Les poils du pubis se sont clairsemés en même
« temps.

« Cette dépilation et cette canitie n'ont été précédées
« d'aucune ma'adie fébrile, d'aucune intoxication exo-
« gène, d'aucune émotion violente. Elles se sont cepen-
« dant accompagnées de troubles généraux à noter.

« Vers le 15 décembre, ce malade a ressenti une grande
« fatigue à la fois physique et intellectuelle. La fatigue
« musculaire était aussi marquée le matin au réveil
« qu'à la fin de la journée ; il n'y avait pas de fatigabi-
« bilité par exercice musculaire, comme dans l'asthénie
« surrénalienne. Quant à la fatigue intellectuel'e, elle
« avait pris une telle intensité que, dans les derniers
« jours de décembre, cet instituteur était devenu inca-

« pable de faire sa classe et a dû demander un congé.
« Son caractère s'était modifié : il était devenu irritable
« et sa gaîté coutumière avait fait place à de la dépres-
« sion et de la tristesse. Il éprouvait à la même époque
« des névralgies faciales bilatérales, qu'il attribue à
« des lésions dentaires.

« Les troubles pilaires et généraux ont persisté sans
« modification depuis le milieu du mois de janvier
« jusqu'en mars. Le malade prétend que, pendant ces
« deux mois, les cheveux n'ont pas poussé, il n'a pas
« été obligé de les faire couper par le coiffeur.

« Quand nous le voyons, le 13 mars 1930, son asthénie
« sa canitie, son alopecie lui donnent l'aspect d'un vieil-
« lard. Cet aspect contraste avec celui que nous montre
« une photographie prise quelques mois avant le début
« de son affection et sur laquelle il a une opulente che-
« velure brune. D'ailleurs, il nous déclare que récem-
« ment plusieurs de ses amis ne l'ont pas reconnu.

« A l'examen, nous constatons une alopecie incom-
« plète du cuir chevelu, totale des sourcils, des cils et
« de la moustache.

« La barbe ne persiste qu'au menton et au cou, mais
« elle y est complètement blanche.

« Sur le crâne, l'alopecie est très accentuée et diffuse.
« La dépilation a porté sur environ les deux tiers de la
« chevelure. Les cheveux sont donc clairsemés. De plus,
« ils sont blancs sur toute leur longueur. Aucun duvet,
« aucun cheveu cassé, court ou déformé.

« Au pubis, les poils sont également clairsemés. La
« plupart d'entre eux sont blancs.

« Aux aisselles, il n'y a pas d'alopécie, mais les poils
« sont roux, quelques-uns sont blancs.

« Enfin, fait curieux à noter, les poils des membres
« et des fesses ne sont pas modifiés : ils ne sont pas
« tombés, ils n'ont pas blanchi.

« L'examen des téguments révèle sur le dos de la
« verge une petite tache de vitiligo. Mais sur tout le
« reste du corps la couleur de la peau est rigoureuse-
« ment normale. A la nuque, nous voyons de multiples
« cicatrices de furoncles datant de 1918.

« A l'examen général, on est frappé par une exoph-
« talmie bilatérale manifeste. Le malade a toujours eu
« une légère exophthalmie, mais celle-ci s'est notable-
« ment accentuée depuis trois mois.

« Ce symptôme et les troubles nerveux signalés plus
« haut nous incitaient à rechercher d'autres signes d'hy-
« perthyroïdie. Si le corps thyroïde ne nous a pas paru
« hypertrophié, par contre nous avons noté un léger
« tremblement des mains et une tachycardie permanente
« à 96 pulsations.

« L'étude clinique révèle encore une raie rouge vaso-
« motrice cutanée rapide et persistante, un signe de
« Chvostek bilatéral, les vestiges d'une paralysie faciale
« gauche *a frigore* survenue en 1926, incomplètement
« guérie et compliquée d'un léger spasme palpébral,

« un iridodonésis droit post-traumatique avec sublu-
« xation du cristallin. Les autres appareils sont normaux.
« Tension artérielle normale. Pas de troubles génitaux.
« Réactions électriques et chronaxie normales, sauf
« dans le domaine du nerf facial gauche (Dr Humbert).
« Aucune réaction du type tétanique.

« Pas de signe avéré de syphilis acquise ou hérédi-
« taire. Signalons toutefois un écartement des incisives
« médianes supérieures. La réaction de Wassermann
« faite à quatre reprises, en 1917, en 1918 à l'occasion
« de la furonculose de la nuque, et deux fois en février
« 1930, s'est montrée négative. Les réactions de Wasser-
« mann et de Hecht, faites à deux reprises dans notre
« service, ont été également négatives.

« Des antécédents, nous ne retiendrons qu'une pleu-
« résie séro-fibrineuse à neuf ans, un ictère catarrhal
« à vingt ans, des furoncles à vingt-six ans, enfin la
« paralysie faciale déjà signalée, survenue à la suite
« d'une randonnée à bicyclette par vent froid et violent.
« Pas d'antécédent avéré de syphilis acquise. Père
« mort d'angine de poitrine à soixante-cinq ans ; mère
« morte à cinquante-deux ans, vraisemblablement d'hé-
« morragie cérébrale.

« Ainsi donc, voilà un homme chez lequel, il y a trois
« mois, en l'espace d'un mois, sont survenues successi-
« vement une alopécie diffuse incomplète, puis une

« canitie complète des cheveux et de la barbe, en même
« temps que de la nervosité, de la tachycardie, du trem-
« blement, de l'exophtalmie.

« Les troubles pilaires ne sont pas de nature peladique.
« La dépilation est diffuse, et non en aires. Il n'y a pas
« de poils brisés et massués.

« Il ne s'agit pas davantage d'un vitiligo sur lequel
« les poils se seraient décolorés. Car, exception faite
« pour une petite tache sur le dos de la verge, la couleur
« de la peau est normale.

« On ne peut, d'autre part, trouver la cause de cette
« dépilation dans une maladie fébrile, une intoxication
« ou une violente émotion.

« Nous avons donc bien affaire à une alopécie et à
« une canitie primitives et diffuses, respectant seule-
« ment les poils des membres et presque complètement
« ceux des aisselles. »

Traité par radiothérapie du corps thyroïde, son état
s'améliore rapidement.

Le 30 mai 1930, 2 mois après le début du traitement
(3 séances de 2 heures $1/2$ filters sur 12 mm Al)
on constate l'apparition de duvet blanc sur les zones
alopéciques. -

Des zones de repigmentation sont visibles à la barbe.
Les sourcils sont en voie de repousse.

Sur le cuir chevelu, les cheveux se repigmentent rapidement à partir de la racine, de nombreux cheveux sont mi-noirs, mi-blanc.

Les poils pubiens ne sont pas encore modifiés.

En outre, l'état général s'améliore l'asthénie diminue, l'exophtalmie est moins nette, mais le pouls est encore à 92, il existe un léger tremblement.

Le 9 juillet, 2 séances à la même dose ont été pratiquées.

Amélioration considérable. La pigmentation se poursuit rapidement aux cheveux et à la barbe ainsi que la repousse qui a lieu partout, sauf à la pointe du menton et à la région sous-auriculaire gauche.

Les sourcils sont repoussés et repigmentés. Du côté gauche, où il persiste des vestiges de la paralysie faciale la réparation s'est produite plus lentement.

L'état général s'est également très amélioré. L'augmentation du métabolisme basal est tombée de 32,5 % à 11,7 %.

Le 15 octobre, le malade n'a suivi aucun traitement depuis juillet. Son amélioration s'est encore accentuée.

La repousse et la repigmentation sont générales aux cheveux et à la barbe ; il n'existe plus que sur le vertex une touffe incomplètement repigmentée : les sourcils sont très fournis, les cils ont repoussé.

La moustache est repoussée complètement noire il n'existe qu'une légère plaque peladiforme à la barbe.

Les poils des aisselles et du pubis sont repoussés et repigmentés.

L'asthénie a disparu mais le pouls bat encore à 92.

Il n'y a plus qu'un tremblement minime.

Le 20 octobre, le métabolisme basal n'est plus en augmentation que de 7 % sur la normale, et le pouls est tombé à 68, c'est-à-dire un état sensiblement normal. Ainsi donc la preuve irrécusable de l'origine thyroïdienne de l'alopécie de ce malade a été fournie par la thérapeutique.

Mais il ne faudrait pas croire que tous les troubles du système pileux ne s'observent que dans l'hyperthyroïdie. Ils semblent se rencontrer aussi dans l'hypothyroïdie. M. Darier a rapporté en 1924, comme nous l'avons dit plus haut, la très belle observation d'un homme de cinquante trois ans, atteint de dépilation diffuse et d'une canitie absolument comparable à celle de ce dernier malade. Soupçonnant l'origine hypothyroïdienne de ce syndrome, M. Darier institua un traitement par l'opothérapie-thyroïdienne. Celle-ci, en un an rendit au malade la chevelure qu'il avait auparavant .

Voici l'observation telle que la rapporte M. Darier

« M. A.... négociant âgé de 53 ans, est un homme de
« petite taille (1 m. 60), mais vigoureux et très actif,
« qui n'a pas eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde
« à l'âge de 6 ans.

« Je le connais depuis 20 ans. Il avait une chevelure
« noire avec une légère tendance à la calvitie au sommet
« de la tête et sur les côtés du front, et une barbe noire
« de force moyenne qu'il rasait régulièrement, ne por-
« tant pas de moustache, laquelle s'entremêlait de quel-
« ques poils gris, le corps et les membres étaient poilus
« sans excès.

« En septembre 1922, il commença brusquement à
« blanchir, sans troubles de la santé, sans qu'on pût
« invoquer une infection quelconque ou le surmenage.
« Ses cheveux, les poils de sa barbe et ceux de son corps
« et de ses membres se sont décolorés rapidement et
« concurremment tombaient . Il est impossible de lui
« faire préciser si c'est la canitie ou la chute qui a été
« le phénomène initial. Ce dont il est certain, c'est que
« ses cheveux tombaient isolément et par éclaircisse-
« ment et non par poignées, par touffes ou par pincées,
« que d'autre part les cheveux et poils qui tombaient
« étaient au début en grande majorité noirs et que ce
« n'est que progressivement qu'ils se sont entremêlés
« de poils blancs en proportion croissante.

« Le 14 novembre 1922, je vois entrer chez moi
« un petit vieillard chenu que je reconnais à peine.
« Son cuir chevelu dégarni ne porte qu'un petit nombre
« de cheveux blancs longs, grêles et crépus et par en-
« droits des follets blancs misérables ; en aucun point
« on ne constate de surface tout à fait glabre, de véri-

« table alopécie en aires. C'est une dépilation diffuse,
« avec canitie complète.

« La barbe est aussi manifestement éclaircie aux
« sourcils, aux cils et à la moustache les 3/4 au moins
« des poils sont absents, et ceux qui persistent sont d'un
« blanc de neige et un peu crépus. Aux sourcils, ainsi
« que je l'ai expressément noté, ce n'est pas à la queue
« que prédomine l'alopécie, mais plutôt à leur portion
« interne. Leur extrémité porte quelques gros poils
« frisés et blancs. Aux aisselles et au pubis, même chute
« de plus des 3/4 avec reliquat de quelques poils longs,
« blancs et grêles. Sur le devant du tronc et sur les
« membres alopécie presque totale avec persistance de
« quelques poils blancs, isolés ou groupés. Il m'a été
« impossible d'apprécier si la pigmentation de la peau
« elle-même était diminuée ; en tout cas, elle n'était
« en aucun point achromique comme dans les taches
« de vitiligo. Les ongles sont restés normaux, sans stria-
« tion, sans fissuration, ni fragilité, le malade n'a pas
« remarqué que leur croissance se fut ralentie. »

M. Darier rechercha les phénomènes généraux asso-
ciés, sans grand résultat, dit-il. Cependant, il note « un
« peu de fatigue, une frigidité génésique qui a frappé le
« malade, de la frilosité, une tension artérielle plutôt
« basse (12-8) et une diminution des sueurs. L'appétit
« est médiocre mais les digestions sont bonnes et il n'y
« a pas de constipation ; aucun trouble de la circulation,

« pas de céphalée, ni de douleurs articulaires. A l'analyse
« les urines ont une composition normale, la réaction
« de B.W. et celle de Hecht-Bauer sont négatives dans
« le sang et à ce propos j'ajoute que le patient qui a été
« marié deux fois est certain de n'avoir pas eu la sy-
« philis et que l'enquête n'en révèle aucune trace chez
« ses ascendants et ses proches. Son frère n'était pas
« chauve et dans toute la famille on n'a observé aucun
« cas de canitie précoce ni de pelade.»

« A quelle affection aurait-on affaire, demande M.
Darier. « assurément à un trouble de la nutrition du
« système pileux, à une dystrichogénie; s'agissait-il
« d'une pelade décalvante d'une forme et d'une allure
« extraordinaires ?... c'est une question d'appréciation
« et on peut l'admettre

« En pareil cas, on a de nos jours tendance à invoquer
« un trouble du fonctionnement des glandes endocrines,
« dont on sait pertinemment que plusieurs ont une
« action sur la trichogénèse, notamment la thyroïde,
« la surrénale et les glandes génitales.

« Chez ce malade, un ensemble de signes de la série
« de l'hyperthyroïdisme me fit instituer un traitement
« thyroïdien sous une forme que je préciserai plus loin :
« on sait d'ailleurs que ce traitement excite la sécrétion
« des autres glandes endocrines.

« Deux mois après, le 22 janvier 1923, la chute est
« déjà enrayée; il semble même au malade et à moi qui
« les poils de la moustache tendent à repousser.

« Au bout de 5 mois, le 23 avril, aucun doute ne peut
« subsister. La repousse est manifeste sur le cuir che-
« velu, aux sourcils à la barbe ainsi que sur le tronc et
« les membres. En juin les sourcils, les cils et les poils
« du pubis sont presque reconstitués mais en blanc, le
« cuir chevelu tend à se regarnir .

« Ayant perdu de vue le malade pendant 9 mois, j'ai
« eu la surprise de le voir revenir en avril dernier, avec
« une chevelure, une barbe et une pilosité du corps et
« des membres qui n'ont presque plus rien d'anormal,
« elles se sont encore sensiblement améliorés dans ces
« 3 derniers mois.

« Actuellement le cuir chevelu apparaît atteint de
« calvitie modérée, mais la couronne temporo-occipi-
« tale est formée de cheveux drus et raides, qui pour
« la plupart sont noirs, surtout dans le centre des
« nappes pileuses, alors que les bordures restent presque
« blanches. Cette recoloration est faite de taches cen-
« trales extensives et tendant à confluer. Il importe de
« remarquer que cette disposition entre taches et en-
« aires, qui a fait défaut dans la période d'invasion,
« a été légèrement accusée pendant la recoloration»

« Mon ami Sabouraud auquel j'ai montré le malade
« m'a fait remarquer sur la nuque à droite, la présence
« d'une aire arrondie encore relativement alopecique.
« On constate aussi sur le corps et sur la face anté-
« rieure des cuisses, de larges nappes alopeciques por-

« tant ça et là de gros poils isolés ou par petits groupes.

« Mais la barbe est noire, la moustache presque noire,
« mêlée de quelques gros poils blancs et en somme très
« fournie ; les sourcils et les cils sont normaux et aussi
« poilus que jamais ; aux aisselles, les poils n'ont jamais
« été très abondants, mais le pubis porte une forte
« toison noire. Les troubles généraux, la fatigue, la
« frigidité, la frilosité ont disparu à mesure que le
« système pileux se reconstituait ; la tension artérielle
« est de 13 - 8 1/2 au Vaquez. »

« La médication, qui a été suivie et très scrupuleu-
« sement, sauf peut-être pendant les mois d'été 1923,
« a consisté en extrait thyroïdien et acide phosphorique.
« A-t-elle agi ? Cela paraît probable sans qu'on puisse
« en fournir la preuve absolue. En tout cas elle a été
« bien tolérée, sans le moindre incident, a plu au malade,
« à qui elle semblait donner des forces et de l'entrain et
« a coïncidé avec une disparition rapide et progressive
« des symptômes. On doit d'ailleurs se rappeler
« que la médication thyroïdienne agit d'une façon
« complexe et en partie en excitant la sécrétion des
« autres glandes endocrines.

« J'ai prescrit, comme je le fais d'habitude, des endo-
« crines thyroïdiennes à prendre les quatre premiers
« jours de chaque semaine et cela 3 semaines par mois.
« La dose a été de 0 gr. 025 pour le premier mois, puis
« de 0 gr. 05 et de 0 gr. 075 les mois suivants et même

« 0 gr. 10 certains mois. Le malade devait compter ses
« pulsations le matin avant de prendre son cachet,
« mais jamais leur fréquence n'a atteint le taux de 100
« par minute. Concurrément, il prenait aux deux prin-
« cipaux repas, dix gouttes d'acide phosphorique offi-
« cinal.»

En outre M. Darier a noté chez ce malade des détails assez remarquables : en particulier la repigmentation progressive de certains poils repoussés blancs, repigmentation qui s'est faite sans que ces poils tombent et soient remplacés par des poils pigmentés.

En tout cas trois points paraissent particulièrement intéressants dans cette observation.

D'abord l'existence de troubles généraux d'ordre nettement dysendocrinien, tels que fatigue, frilosité insuffisance génitale, qui ont précédé l'apparition de la pelade ; en outre la canitie qui dans ce cas a précédé l'apparition de la pelade ce qui montre les rapports très étroits qui existent entre les troubles de la pigmentation et ceux de la pousse des poils, troubles qui paraissent nettement sous la dépendance du terrain endocrinien ; enfin l'action paraissant nettement favorable des extraits thyroïdiens qui ont été parfaitement supportés, même à dose assez élevée, ce qui paraît bien prouver l'origine hypothyroïdienne du syndrome.

.

CHAPITRE III

PELADE ET AUTRES GLANDES ENDOCRINES

A. Glandes Génitales

Après la thyroïde, ce sont les glandes génitales dont le rôle paraît le plus net dans la constitution du terrain peladique. Les observations que nous citons montrent en effet l'association fréquente aux troubles thyroïdiens de troubles génitaux : association qui est d'ailleurs presque la règle dans tous les cas d'affections thyroïdiennes.

On connaît d'ailleurs depuis toujours le rôle des glandes génitales sur le système pileux ; et un développement marqué de la pilosité a toujours passé chez l'homme pour un signe de développement génital, tout au moins en ce qui concerne la barbe et les poils du corps, car au contraire les cheveux paraissent être sous la dépendance d'autres fonctions, peut-être de celles du

corps thyroïde, et en effet à la puberté, alors que la barbe et les autres poils se développent rapidement le cuir chevelu paraît plutôt présenter une tendance à la calvitie, calvitie qui n'apparaît guère en général que lorsque le développement génital est achevé. Ces faits sont connus de toute antiquité ; les anciens représentaient les satyres avec une barbe fournie et un crâne chauve, et Hippocrate disait déjà que les ennuques ne deviennent jamais ni chauves ni goutteux.

Cependant il paraît plutôt s'agit là de l'alopécie seborrhéique ; et la pelade peut se voir dans l'enfance, alors que le fonctionnement des glandes génitales est sinon inexistant, du moins fort ralenti. Pourtant la puberté et chez la femme la ménopause paraissent bien être des périodes où la pelade se voit avec une particulière fréquence. En particulier depuis déjà longtemps M. Sabouraud a décrit les pelades de la ménopause et depuis les observations s'en sont répétées. En particulier les cas signalés par M. Louste, cas de pelade avec hypertrichose paraissent bien se rapporter à des cas où le dysfonctionnement des glandes génitales est prédominant. Il en est de même pour le cas de M. Sa-Sabouraud dont le cas est rapporté plus haut, et pour les cas de pelade qui ont été signalés au cours de divers syndrômes pluri-glandulaires à type d'infantilisme.

B. Surrénale

Nous avons vu les rapports de la pelade et des affections des glandes thyroïde et génitale, les rapports de cette affection avec les autres fonctions endocriniennes sont moins connus.

Ce sont surtout les surrénales qui paraissent avoir une action sur le système pileux.

La pelade n'a pas encore été signalée dans les syndromes purement surrénaux.

Cependant l'action de la surrénale sur le système cutané est incontestable.

La mélanodermie est un des éléments les plus typiques du syndrome addisonien, mélanodermie qui s'apparente de près au vitiligo, et on sait les rapports étroits qui unissent vitiligo et pelade.

Cependant dans la maladie d'Addisson, il ne s'agit pas d'un syndrome purement surrénal et nous ne croyons pas que la pelade y ait été signalée.

Plus intéressantes sont les affections de la cortico-surrénale. Celles-ci ont été surtout étudiées à propos des tumeurs de cet organe ; et il paraît bien s'agir le plus souvent d'hyperfonctionnement glandulaire. Ce sont surtout des cas d'hirsutisme, qui ont été signalés, caractérisés par une exubérance particulière du système pileux, une adiposité générale, et des troubles génitaux associés ; ces cas mettent bien en évidence l'action de la surrénale sur le système pileux qu'elle

agisse directement ou par l'intermédiaire des glandes génitales - et nous avons déjà dit que des cas de pelade associés à l'hypertrichose ont été signalés, en particulier nous avons cité ceux rapportés par notre maître M. Louste. C'est ici que nous pouvons ranger le curieux syndrome décrit par Gilford sous le nom de progerai et repris par MM. Variot et Pironneau sous le nom de nanisme sénile, où à des troubles extrêmement marqués du développement général s'ajoute une absence complète de tout système pileux. L'examen nécropsique des quelques cas connus révèle l'intégrité du cerveau, de l'épyphyse, de l'hypophyse, une sclérose des surrénales coïncidant avec l'hypertrophie du thymus. Nous avons encore ici l'exemple d'un syndrome endocrinien mal déterminé s'accompagnant de troubles considérables au niveau des phanères, troubles qui passent cependant au second plan si l'on considère l'altération extrême de la morphologie et de l'état général.

C. Hypophyse

Le rôle de l'hypophyse dans la pelade est encore moins connu. Cependant il paraît bien exister des troubles des phanères dans certains syndromes hypophysaire, en particulier au cours du syndrome adiposo génital. Mais ici, comme presque toujours, il ne s'agit

pas d'un syndrome pur, et l'action sur les phanères, paraît surtout se faire secondairement aux troubles apportés dans le fonctionnement des autres glandes, en particulier de la glande génitale.

En résumé, c'est donc surtout la glande thyroïde qui paraît avoir une action nettement définie sur le terrain peladique, puis en second lieu la glande génitale et enfin plus accessoirement et à titre d'hypothèse, les glandes surrénales et même hypophyse.

Il ne faut d'ailleurs pas perdre de vue toute la complexité des syndrômes endocriniens et les interréactions encore si mal connues des glandes entre elles et avec le sympathique. On sait la fréquence des troubles génitaux au cours des affections thyroïdiennes et le retentissement de la maladie de Basedow même fruste sur les fonctions ovariennes est bien connu : de même l'insuffisance thyroïdienne s'accompagne le plus souvent d'insuffisance génitale.

Il en est de même pour les troubles génitaux au cours des syndrômes hypophysaires. Dans le cas qui nous occupe, si le rôle de la thyroïde apparaît nettement prépondérant, il est bien difficile de faire la part qui revient aux autres glandes endocrines dans la constitution du terrain peladique, discrimination qui ne pourra guère être faite que lorsque le rôle précis de chaque glande endocrine dans la physiologie sera mieux connu.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Dès 1922, Levy Frankel et Juster, appliquant à la thérapeutique leurs idées sur la pelade, obtiennent des résultats des plus intéressants par radiothérapie directe du corps thyroïde. et à la séance du 9 novembre 1922, de la société de Dermatologie ils peuvent présenter 12 observations de pelades graves traitées par la radiothérapie ou l'application de courant continu sur le corps thyroïdique. Sur 8 malades traités par radiothérapie dans le service de M. Louste, ils obtiennent :

Pour 4 cas, des résultats rapides et satisfaisants.

Pour 2 cas des résultats nets mais incomplets.

Dans 2 cas, seulement échec complet.

Sur 4 traités par le courant continu 3 repousses importantes et 1 échec.

Ils opposent ces succès aux mécomptes auxquels on s'expose si souvent par la radiothérapie directe du cuir

cheveulu. De plus ils insistent sur l'unilatéralité de la repousse chez certains malades, qui paraît bien mettre nettement en évidence le rôle du système nerveux dans la pathogénie de la pelade.

En 1924, ils montrent, dans un article du journal « *La Médecine* », la nécessité d'établir la thérapeutique dermatologique sur une solide base de recherches biologiques ; Un grand nombre de dermatoses, en particulier la pelade et les dermatoses neuro-glandulaires, ne sont que le symptôme cutané d'un trouble général. « Ces dermatoses dues à des lésions et à des troubles des glandes endocrines du système nerveux et du milieu humoral qui les baignent doivent être étudiées suivant les lois de la pathologie générale. Considérer la papule d'urticaire ou la plaque alopecique de la pelade non comme un symptôme, mais comme une entité morbide paraîtra sans doute à nos descendants aussi absurde que l'est aujourd'hui le traitement local par les topiques cutanés des syphilides secondaires, qui était habituel il y a 50 ans »

L'examen du malade devra donc être complet : le clinicien devra procéder à l'examen de tous les organes dont les perturbations peuvent retentir sur la peau en particulier du système sympathique et des glandes endocrines. La recherche des réflexes tendineux devra être complétée par l'étude du système nerveux sympathique il faudra étudier le réflexe oculocardiaque, le plus connu, mais on ne négligera pas le réflexe solaire étudié par M.

Claude Tinel et Santenoise, le reflexe pilo-moteur, bien étudié par M. André Thomas présente un intérêt termologique considérable au cours de la pelade, le reflexe naso-facial étudié par M. P.E. Weil, Lévy Franckel et Juster permet d'interroger le système sympathique céphalique ; enfin surtout la recherche des perturbations du système vaso-moteur cutané ; raies vaso motrices, intra-dermo réactions, épidermolyse de M. Millian, capillaroscopie.

L'étude des glandes endocrines est encore plus importante en particulier celle de la thyroïde dont l'action du point de vue de la pelade paraît prédominente.

On recherchera soigneusement les petits signes cliniques tels que : lassitude, faiblesse frigidity, nervosisme, anxiété, frilosité, qui font penser à une atteinte endocrine

Cette étude clinique sera précisée par la recherche du métabolisme basal, qui montrera avec certitude s'il s'agit d'un trouble thyroïdien en plus ou en moins — car si l'hyperthyroïdite est, nous l'avons vu, des plus fréquents au cours de la pelade, on peut voir celle-ci survenir sur un terrain nettement hypothyroïdien : il sera ainsi possible d'orienter la thérapeutique en connaissance de cause ; enfin plus accessoirement les épreuves à l'adrénaline, à la pilocarpine, l'étude des tests glandulaires pourra être aussi d'un utile appoint.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

S... manoeuvre. 29 ans — Pelade généralisée datant de 10 ans. Entré le 4 janvier 1929. Début par une plaque au niveau de la nuque et extension progressive à tout le cuir chevelu. Depuis 5 ans atteinte des sourcils. Actuellement pelade généralisée à tout le cuir chevelu, la barbe, les sourcils. Aucun antécédent pathologique, dit n'avoir jamais été malade, sauf une blennorragie et une sinusite maxillaire.

Cependant se plaint de palpitations, tremblement des doigts. Pouls à 140. Regard brillant. Ongles cassants, légèrement cannelés. 3 examens du métabolisme basal

16 % - + 19 % - + 13 %. moyenne + 16 %.

26 février 1930 — Rayons X sur le corps thyroïde.
6 heures en 2 portes 30/10.

17 mars 1930 — 6 heures en 2 ports 30,10.

le 17 avril 1930, le 26 avril 1930 - Mêmes doses

le 24 avril 1930 - On constate une repousse nette de follets blond vénitien à la périphérie du cuir chevelu et au sommet du crâne.

Nouvelle irradiation du corps thyroïde : même dose.

Le 31 mai, le 14 juin Même dose de R. X. la repousse persiste à cette date, les follets tendent à devenir poils.

Le 27 septembre 1930. Repousse plus accentuée des cheveux, des cils et des sourcils.

le 4 octobre 1930. Nouvelle irradiation du corps thyroïde.

Le 22 novembre. Repousse de plus en plus accentuée des cheveux, cils et sourcils, ainsi que de la barbe. Le malade n'accuse plus de palpitations, pouls moins rapide.

29 novembre 1930. Nouvelle irradiation. Les cheveux paraissent se recolorer.

17 janvier 1931. Irradiation. Cheveux de plus en plus colorés et fournis diminution nette des petits signes cliniques d'hyperthyroïdisme ; seule l'impressionnabilité persiste.

Le 9 mai 1931. Tête presque complètement garnie de cheveux normalements colorés. Poils de la barbe en pleine repousse. Le traitement est continué par le gynergène et l'hématoethyroïdine.

OBSERVATION II

B... Dessinateur agé de 18 ans. Pelade très étendue, des cils de la moustache du menton datant de 10 ans Ongles cannelés, cassants. Testicules tombants, très diminués dans leur volume et leur consistance.

Diminution du réflexe cremastérien surtout à droite.

Le malade accuse une diminution nette de l'appétit génésique. Facies jaunâtre, huileux, joues flasques se congestionnant facilement. Traité depuis un an chez M. Sabouraud par le sirop de Ludin et des applications de pommades, traitement qui l'a passablement amélioré. Traitement par les R.U.V. locaux et la diathermie testiculaire 10' tous les 8 jours. Au bout de trois mois, légère amélioration des troubles généraux. Repousse nette des follets sur l'occiput, le sommet de la tête, les sourcils. Traitement continu encore quatre mois. Amélioration lente .

OBSERVATION III.

B. Marguerite 33 ans. Pelade décalvante.

Début il y a 18 mois par la chute des poils du pubis et sous les bras.

Actuellement pelade généralisée au cuir chevelu aux sourcils, aux cils. A déjà eu la pelade, il y a 9 ans. Repousse spontanée en 6 mois.

Gros corps thyroïde, étale. Regard brillant, pouls rapide, yeux un peu saillants. Traitement par radiothérapie du corps thyroïde. R.U.V. localement une fois par semaine sur la moitié droite du cuir chevelu. Repousse peu marquée au début . Mais après 6 mois, repousse de follets nettement plus marquée du côté de l'application de R.U.V. locaux.

OBSERVATION IV.

M. Elise, 46 ans.

Pelade du cuir chevelu. Région rétro-auriculaire gauche, à la suite d'un traumatisme : coupure par éclat de verre, ayant sectionné une petite artériole qui a laissé au front une cicatrice très nette.

3 semaines après, une plaque de pelade est apparue au-dessus de l'oreille gauche plaque ayant la dimension d'une pièce de 1 franc.

8 jours après plaque frontale médiane, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Actuellement la plaque temporale gauche a pris la dimension d'une petite paume de main et paraît encore en voie d'extension. La plaque frontale n'a pas varié.

Ménopause depuis 8 ans, se plaint de paresthésies au niveau des membres supérieurs, céphalées fréquentes.

Dentition irrégulière aux maxillaires inférieurs, chevauchement des incisives et des canines, une incisive latérale gauche en forme de canine placée en retrait. Ongles cannelés. Hypertrichose de la lèvre supérieure.

Dans les antécédents, on note une pelade à l'âge de 8 ans, traitée à Saint-Louis.

Tuberculose dans l'entourage.

Père mort de tuberculose à 50 ans.

Soeur décédée de phtisie à 23 ans.

Traitée par applications locales de R.U.V. qui n'a pas empêché l'apparition d'une nouvelle plaque.

OBSERVATION V.

G. Grégoire, 12 ans, Pelade généralisée depuis 2 mois, ayant débuté par une plaque frontale.

Enfant petit, chétif, né à terme. A marché à 3 ans.

A 4 ans, adénopathie cervicale traitée aux Enfants Malades par les R.U.V.

Front bombé, nez en selle, denture très irrégulière. Incisives supérieures irrégulières. Surtout à gauche, petites et mal plantées.

Denture inférieure irrégulière.

Adénopathie cervicale et inguinale.

Testicule droit seul descendu dans les bourses. Facies adénoïd en. Livedo des cuisses.

Mère bien portante. A un frère âgé de 22 ans, bien portant ; une soeur morte à 8 ans de méningite bacillaire.

Traitement par R.U.V. locaux.

OBSERVATION VI

V. André, 19 ans.

Pelade complète du cuir chevelu, et commençant aux sourcils, apparue il y a 5 mois, petite plaque sur la joue droite. Dentition bien rangée ; canines se terminant par des crochets. Tubercules de Carabelli aux molaires. Adénopathie cervicale.

Crâne en forme de dôme, rétréci au niveau des oreilles se rapprochant du type ennuqué. Grosse main aux doigts boudinés.

Au pubis poils fournis mais s'arrachant facilement. Verge, implantation infantile : testicules plutôt petits ; pas de poils sur le thorax et les jambes, peau des bras et des jambes très fine ; oreilles décollées. Genu Valgum surtout accentué à gauche.

Diminution de l'appétit sexuel.

Traitement : diathermie testiculaire R.U.V. sur le cuir chevelu.

Après 8 mois, repousse presque complète du cuir chevelu, sauf au pourtout où aspect ophiassique. Derrière les oreilles, repousse complète seulement du côté où a été faite l'application de R.U.V.

OBSERVATION VII

V. Georges, 45 ans. Pelade datant de 10 ans, récidivante, au niveau de la région occipitale et de la barbe.

Le malade est atteint de tuberculose fibreuse bilatérale : ne crache pas.

Réforme 100 %. Poids 58 kg. Taille 1 m. 73.

La pelade a débuté peu de temps après une néphrectomie gauche pratiquée pour tuberculose rénale.

Aucun signe d'Hérédosyphilis.

Traitement par R.U.V. locaux.

OBSERVATION VIII.

F.L. Gaston. 23 ans, cultivateur.

Pelade datant de 2 mois 1/2 en larges plaques sur la nuque et la région occipitale et sur le sommet de la

tête, en voie d'extension, les cheveux s'arrachant facilement partout. Depuis l'âge de 8 ans, placards de psoriasis épais sur la poitrine et les bras.

Signes d'hyperthyroïdie. - Corps thyroïde gros dans tous ses lobes, tremblement vibratoire, l'oeil gauche, en strabisme interne, converge mal. Globes oculaires un peu saillants. Mydriase droite palpitations, émotivité, crises pithiatiques provoquées par la colère.

Reflectivité sympathique. - Reflexe pilo-moteur. Très beau sur le corps et la face, mais n'apparaît pas sur les plaques de la nuque, par l'excitation du trapèze, on l'obtient sur les plaques par action directe de l'éther.

Reflexe oculo-cardiaque, 60-48.

Vaso-motricité. - Raie urticarienne à la poitrine et au cou. Temps de saignement prolongé.

Traitement. - Six séances de radiothérapie du corps thyroïde du 6 juin au 19 octobre.

Repousse complète qui a débuté à la 2^{me} application et s'est généralisée à la 5^{me} séance.

Les poils sont devenus de vrais cheveux une semaine après la 5^{me} application. De plus apparition de poils au menton près des commissures, sur des joues agénésiques sur la poitrine, la région xiphoïdienne où le malade n'en avait jamais eu.

L'état général s'est amélioré dès la première séance. Après chaque séance, somnolence durant toute la journée, le malade s'est endormi aux champs l'après-

midi de la première application ; peu à peu cette somnolence a disparu avec les séances ; le corps thyroïde est devenu normal ; les palpitations ont diminué mais il n'y a pas eu de modifications dans la frilosité et les sueurs ; le malade a engraisé il est moins émotif et se sent plus en train pour le travail. - La vaso motricité est devenue à peu près normale. Le pilo-moteur est très beau, aussi bien sur la nuque et le cuir chevelu que partout ailleurs.

OBSERVATION IX

M^{lle} P. âgée de 25 ans. Pelade récidivante datant de 10 ans, époque des premières règles qui furent douloureuses. Les plaques actuelles datant de 5 à 7 mois occupent la région frontale droite la région occipitale et la région pariétale gauche. Les cheveux s'arrachent facilement sur toute la tête. En général, de nouvelles plaques apparaissent chaque année en février et en août et guérissent par le traitement externe, tandis que d'autres zones glabres apparaissent.

Signes d'Hyperthyroïdie. - Corps thyroïde gros (lobe médian), ex ophtalmie avec mydriase droite. Malade très émotive, très nerveuse avec tremblement vibratoire léger, pouls rapide (96). Règles irrégulières et douloureuses. Crises hystériformes avec pleurs quand la malade est contrariée.

Reflectivité sympathique. - R. pilo moteur ; excitation

locale à la pression. R. nul à l'éther, R. uniquement local sans propagation et très peu vif. R. O. C. 92 - 52.

Vaso-Motricite. - Raie urticarienne sur la poitrine et œdemateuse sur les plaques.

Traitement : Radiothérapie (le 3 avril, 26 avril, 17 mai). Le 14 juin repousse de follets sur toutes les plaques. Règles moins douloureuses. Quatrième séance le 7 juillet.

Le 27 juillet, repousse générale de cheveux adultes sur toutes les plaques, sauf une zone de la région pariétale gauche où il n'y a que des follets. 25 août, 5^{me} semaine.

11 septembre : complète guérison de la pelade.

OBSERVATION X.

M^{lle} P. M. 37 ans. Pelade depuis 2 mois, grandes plaques sur toute la tête, chute de la queue des sourcils, mais pas des poils du corps.

Signes d'hyperthyroïdie — Regard brillant sans exophtalmie, l'œil gauche ne converge pas. Corps thyroïde peu perceptible cependant le cou est large. Tremblement au moment des règles. Transpiration abondante surtout aux mains et beaucoup à la tête depuis le début de la pelade. Depuis la même époque, la malade a engraisé surtout des hanches et du ventre, à tel point que la malade a cru à une grossesse. Depuis a maigri sous l'influence d'un traitement par le Hg.

Reflectivité sympathique. - R. pilo-moteur superbe, sauf à la nuque et sur la plaque occipitale gauche ; la dernière en date ; à l'excitation locale, s'obtient sur toutes les plaques, mais faible.

Vaso-Motricité. - Raie urticarienne sur la poitrine, sur l'abdomen, raie d'abord blanche, qui rougit ensuite et persiste longtemps.

Traitement. 20 juin. Radiothérapie.

12 juillet, repousse nette et fournie sur toutes les plaques. A cette époque ictère avec douleurs articulaires.

25 octobre. Repousse totale, sauf sur une plaque de la région occipitale droite (follets). La malade est moins frileuse et ne transpire plus des mains. Règles plus abondantes.

OBSERVATION XI

M^{me} A.... 40 ans. Plaque de la nuque du côté gauche, de la dimension d'une pièce de 5 francs, en voie d'extension. Corps thyroïde très perceptible, surtout le lobe médian. Palpitations, sueurs des mains, très émotive, frileuse, mal réglée (avance de 4 à 5 jours), durant 8 jours. Raie vaso-motrice, urticarienne à la nuque.

Traitement : 13 mai du côté gauche du cou.

31 mai, repousse de toute la plaque, rapide, de cheveux noirs, adultes, ne s'arrachant pas. Règles : durée 2 jours.

En septembre la maalde est revue complètement guérie.

OBSERVATION XI

Rapp. Ch.... 29 ans. Présente depuis plusieurs années, une pelade décalvante totale sur laquelle tous les traitements ont échoué, même la radiothérapie sur le cuir chevelu, qui a donné une radio-dermite ayant laissé une cicatrice indélébile occupant les 2/3 de la moitié gauche de la région temporo-frontale. Pas de signes de basedowisme, sauf une saillie très légère des yeux. R.O.C. : diminution nette de l'amplitude des battements. - W négatif. - Traitement spécifique d'épreuve (914) sans résultat.

En avril : 22 séances de courant continu sur la région thyroïdienne.

Le 3 mai, repousse nette des sourcils, surtout à gauche la chute des sourcils s'est arrêtée : sur le cuir chevelu, nombreux follets sur la région frontale, rien sur la nuque

En mai : 6 séances ; le 17 mai : poils adultes aux sourcils des 2 côtés. Follets nets sur l'hémisphère droit : rien à gauche : la ligne de démarcation est comme tracée au cordeau, le pilo-moteur existe sur l'hémisphère gauche et pas à droite.

Mai-juin, 10 séances.

21 juin toujours follets sur l'hémicrâne droit.

De plus, repousse sur la face dorsale des premières

phalanges, de poils adultes que le malade n'avait jamais eu et quelques follets sur la région temporo-frontale. En juillet, 4 séances.

Dans l'espoir d'amener plus rapidement la transformation des follets en poils adultes, on fait une séance de radiothérapie sur la région thyroïdienne. Trois semaines après, les sourcils qui avaient complètement repoussé tombent à nouveau, et de même les follets qui existaient sur le cuir chevelu et la face dorsale des doigts disparaissent.

OBSERVATION XII

M.D. Auguste, 43 ans. Pelade récidivante de la moustache et du cuir chevelu depuis 4 ans, à plaques multiples et larges. W = 39 H8. Reflexe oculo-cardiaque : 92/64.

Traitement : 1°. 19 séances de courant continu sur la région thyroïdienne sans résultat ; 2° 29 mai, radiothérapie 5 H. 30/10.

Le 21 juin, la moustache est en voie de repousse de même les plaques du cuir chevelu. Par contre chute des sourcils, et apparition de quelques plaques nouvelles dans les cheveux. Trois nouvelles séances de radio en juin-juillet amènent une amélioration lente, mais n'empêchent pas l'apparition d'une nouvelle plaque sur la nuque. En août, en l'absence de Cottenot application

de haute fréquence sur les plaques de pelade. 12 applications. Nous revoyons le malade en octobre : folliculité et arrêt complet de la repousse.

OBSERVATION XIII

M^{me} M. 36 ans. Pelade gauche, en voie d'extension datant de 3 mois. - Syndrôme sympathique gauche. Corps thyroïde plus gros à gauche exophtalmie et mydriases gauches. Pilo-moteur diminué à gauche, reflexe naso-facial plus vif à gauche.

Traitement : radio. - 5 H. - 30 / 10, sur le lobe gauche du corps thyroïde : 3 séances (27 juillet au 20 septembre). A ce moment les poils tiennent, mais il y a peu de repousse, le reflexe pilo-moteur général est à peu près normal. Le pilo-moteur local existe sauf sur la partie droite de la plaque. Le 11 octobre, 4^{me} séance. Le 4 novembre repousse des follets longs et de poils adultes.

Le syndrome sympathique persiste.

OBSERVATION XIV

Sc. Henri, 23 ans. Présente depuis janvier une pelade de la nuque, traitée sans résultats par 34 séances de haute fréquence sur les plaques, la dernière le 25 juillet 1922.

Pas de repousse à cette date, chute des cils depuis 1 mois. Le corps thyroïde est nul.

Légère dymétrie faciale, mydriase droite légère.

Traitement : courant continu : 10 séances, 28 juillet-4 septembre. Le malade n'est revu que le 4 novembre. Les poils s'arrachent encore à la traction, mais à la périphérie de la plaque existent des follets longs et vigoureux de nouvelle formation.

OBSERVATION XV

Pel. Paul - 21 ans. Le 11 juin, pelade généralisée du cuir chevelu et de la barbe à marche rapide, ayant débuté par la nuque, il y a une quinzaine de jours. Les cheveux s'arrachent partout sans effort. Il ne reste qu'un bouquet de poils à la tonsure et quelques bouquets aux tempes, aux sourcils il ne reste que quelques poils à la partie interne. Grandes plaques à la barbe et à la moustache, agénésie pileaire des deux joues. Le malade est devenu plus émotif et plus coléreux depuis le début de sa maladie. Le corps thyroïde n'a rien d'anormal. Tremblement vibratoire des mains. Le traitement thyro-orchitique poursuivi pendant 2 mois 1/2 ne donne aucun résultat, la chute des poils continuant avec la même rapidité (2 septembre).

Traitement : 24 séances de courant continu sur la région thyroïdienne. Le 18 octobre, les cheveux tiennent partout. La repousse a commencé à la 4^{me} séance par le sommet de la tête.

Actuellement (fin octobre), le cuir chevelu est à peu

près complètement couvert. Sur le sommet de la tête existent des cheveux adultes, pigmentés, les sourcils sont pigmentés. La repousse des sourcils est plus forte à gauche qu'à droite. Sur la nuque cheveux adultes, blancs.

OBSERVATION XVI

Moub.... André, 29 ans, pelade décalvante totale du cuir chevelu depuis l'âge de 16 ans. Repousse partielle spontanée en 1917, puis nouvelle chute en 1919. Troubles marqués de l'implantation dentaire, yeux saillants et regard brillant. Corps thyroïde normal, pouls normal. Actuellement (12 juillet), déglabration totale des sourcils, à peu près totale du cuir chevelu.

Traitement : 37 séances de courant continu (21 juillet 18 octobre).

Le 10 septembre : repousse très accentuée de la nuque, région occipito-temporale.

Le 18 octobre. Repousse des sourcils blonds, repousse des follets longs sur la moitié droite de la région occipitale, follets qui sont proches des cheveux adultes, repousse de follets courts sur la région temporale droite.

Pelade avec hypertrichose

(Observations présentées par MM. Louste, Levy-Franckel et Juster, à la Société de Dermatologie en janvier 1928.)

OBSERVATION I

Pelade avec hypertrichose de la face et des membres chez une jeune fille.

M^{lle} G.... bonne, 20 ans, est adressée à M. Louste par M. Chadourne, interne du service, pour une large plaque peladique fronto-pariétale gauche qui aurait débuté il y a un an. Cette jeune fille a les deux joues couvertes de poils très fournis qui forment un véritable collier analogue à celui de certains adolescents précoces. Par contre la lèvre supérieure n'est presque pas poilue. Les bras et les jambes sont également hypertrichosiques.

Pubis très fourni avec poils formant une ligne allant jusqu'à l'ombilic. Quelques poils aux mammelons. Cette hypertrichose serait survenue depuis 2 ans progressivement. Règles apparues depuis l'âge de 14 ans, régulières depuis 15 ans. Durée 5 à 6 jours. mais très peu abondantes. Erythrocytose sus-malléolaire pour laquelle on fit l'an dernier de l'antigène Bocquet Nègre, sans résultat. La malade dit qu'en mars 1926, ayant consulté dans le service de M. le Dr Lévi à la Charité, on lui aurait trouvé 4 à 5 gr. de sucre dans son urine.

Un examen extemporaine n'a pas montré de sucre. Il n'a pu être fait de dosage de la glycérine. L'association chez notre malade d'hypertrichose et de glycosurie peut faire penser aux cas étudiés sous le nom de « diabète des femmes à barbe ». Cette jeune malade présente donc un syndrome de dysfonctionnement endocrinien, que révèlent l'hypertrichose, l'erythrocyanose sus-malléolaire, l'hypo-ovarie peut être la glycosurie et qui peut expliquer l'apparition de la pelade.

OBSERVATION II

Pelade chez des femmes ayant depuis de nombreuses années de l'hypertrichose de la lèvre supérieure.

A) Pelade de la ménopause

M^{me} R. 45 ans, vient consulter dans le service pour deux plaques de pelade du cuir chevelu (région frontale gauche et pariéto occipitale droite dont elle s'est aperçue il y a trois mois. Ses règles jusque-là régulières viennent avec retard. Les dernières ont eu un retard de 8 jours. Nez en pied de marmite. Ozène depuis l'enfance. BW négatif. - Hypertrichose de la lèvre supérieure que la malade dit avoir depuis sa jeunesse.

B) Pelade chez une Hysterectomisée

M^{me} L.... 45 ans. Plaques de pelade multiples du cuir chevelu, qu'elle soigne depuis six mois sans résultat

par une pommade cadique soufrée. Pas d'enfants. Pas de fausses couches. Hysterectomie en 1914 pour salpingite. Lèvre supérieure garnie de poils très abondants qui existeraient depuis l'âge de 25 ans.

OBSERVATION III

Pelade chez un homme présentant de l'hypertrichose du corps.

M. X.... 23 ans est soigné par l'un de nous, par l'électrothérapie pour impuissance. Ce jeune homme est particulièrement velu, surtout aux bras et aux jambes. Or ce malade a été soigné au régiment pour deux plaques de pelade occipitales, dont la repousse était encore incomplète en 1917. Le malade présentait également des placards de psoriasis aux bras.

CONCLUSIONS

De l'étude de ces observations, il paraît résulter une conclusion très nette : A savoir que la pelade classique, longtemps considérée comme une maladie purement locale, ne se développe que sur un terrain bien particulier, terrain qui résulte avant tout d'une perturbation dans le fonctionnement du système endocrinien.

C'est surtout le corps thyroïde qui paraît tenir sous sa dépendance le terrain peladique. Il s'agit le plus souvent d'hyperfonctionnement, plus rarement d'insuffisance. Mais étant donné la presque constance des associations avec les troubles des autres glandes endocrines, en particulier les glandes génitales et la surrénale, il est difficile de faire à l'heure actuelle la part de chacune de ces glandes. Cependant il paraît bien exister des cas où l'action des glandes génitales est prépondérante, en particulier dans les pelades de la ménopause et de certains syndrômes hypogénitaux. Ces résultats sont confirmés non seulement par la clinique, mais encore par

l'expérimentation, les belles expériences de M. Sainton lui ayant permis de reproduire chez l'animal l'alopecie et le blanchiment en aires par l'ingestion d'hormone thyroïdienne.

Peut-on aller plus loin et rechercher la cause de ces troubles endocriniens ? Il est certain que la syphilis y joue un grand rôle surtout sous forme d'heredo-syphilis. La fréquence des malformations dentaires, et autres stigmates de cette affection chez les peladiques en est une preuve.

Cependant au cours de cette étude poursuivie avec M. Juster dans le service de notre maître M. Louste, nous avons été frappés comme lui par la particulière fréquence des antécédents tuberculeux de ces malades ; chez presque tous l'étude de leur histoire nous a permis de relever l'existence d'une tuberculose plus ou moins torpide, chez l'un une bacillose rénale, chez l'autre une adénopathie et nous admettons volontiers que ce terrain joue dans l'étiologie de la pelade un rôle presque aussi important que celui de la syphilis.

Le terrain peladique ainsi bien déterminé il faut reconnaître que la cause qui déclanche la plaque de pelade est le plus souvent impossible à mettre en évidence. L'apparition de la plaque paraît tout à fait spontanée dans la plupart des cas ; mais il est vraisemblable que le système nerveux y joue un rôle important, surtout le sympathique. Ce qui nous ramènerait à la

théorie endocrino-sympathique de la pelade, soutenue par MM. Juster et Levy-Franckel, théorie que sont d'ailleurs venus confirmer la plupart des travaux des autres auteurs. Confirmations d'ordre clinique, thérapeutique et même expérimental : « La peau devient ainsi un véritable miroir où se reflète la vie et l'économie physiologique du sujet ». (Louste).

Au point de vue thérapeutique, il faut en tirer la conclusion que c'est avant tout le terrain qu'il faut modifier par un traitement dirigé dans le sens des glandes endocrines, traitement qui devra être éclectique et se baser sur l'étude approfondie de chaque cas particulier.

La thérapeutique locale pourra aussi intervenir mais seulement à titre d'adjuvant, en particulier par l'application locale de rayons ultra-violets.

Vu : le Président de la Thèse,
GOUGEROT,

Vu : le Doyen de la Faculté,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Etude clinique

- SABOURAUD. — « Etudes cliniques et expérimentales sur les origines de la pelade ». (*Annales F. de Dermatol. et de Syphilign*, 1936).
- MOTY. — « Notes sur la pelade (S. T. D., 1^{er} mai 1902).
- LÉVY. — « Un cas intéressant de pelade clinique ». (*J. D. M. C.*, mai 1902).
- LESPINNE. — « A propos de la pelade ». (*Bulletin de S. belge de D. et E.*, 1903).
- HANSEN. — « Alopécie en tâches ». (*Soc. danoise de Dermat.*, 4 nov. 1903).
- BEINAYA. — *Contribution à l'étude de la pelade, de sa nature*. Thèse Montpellier, 1903.
- HALLOPEAU. — « A propos de la pelade ». (*La Clinique*, 23 oct. 1908).
- HALLOPEAU. — « Enquête sur la pelade ». (*La Clinique*, 25 déc. 1908).
- JACQUET. — « Réponse à M. Hallopeau sur la pelade ». (25 déc. 1908).

- SACOURAUD. — « Sur le problème étiologique de la pelade et l'utilité du traitement local des plaques peladiques ». (*Entretiens Dermatol.*, 1931, p. 135).
- SABOURAUD. — « Sur l'évolution de la pelade ». (*Entr. Derm.*, 1913, p. 121).
- SABOURAUD. — « La pelade ». (*J. de Méd. et de Chir. prat.*, 10 juin 1913, p. 415).
- SABOURAUD. — « La pelade est une maladie générale ». (*La Clinique*, 6 déc. 1913).
- MILLIAN et PÉRIN. — *Pelade en clairière*.
- GONIN. — « Alopécie chronique innommée de la région occipitale chez une jeune fille ». (*B. S. F. D.*, 12 nov. 1925).

Etiologie de la pelade

A) Contagion et épidémies

- DAUZAT. — *Recherches sur la contagiosité de la pelade*. (Thèse Paris, 5 juin 1902).
- HALLOPEAU. — « De la contagiosité de la pelade ». (*Acad. de Médecine*, 16 juillet 1901).
- BESNIER. — « Contagion de la pelade ». (*Bulletin de l'Acad. de Médecine*, 1898).
- GAUCHER. — « A propos de la contagiosité de la pelade ». (*Bulletin Soc. Méd. des H.*, 20 mars 1902).
- BAYET. — « La contagiosité de la pelade ». (*J. de Méd. de Bruxelles*, 21 août 1902).

BODIN. — « Note sur un cas de pelade contagieuse ». (*Bulletin de la S. Méd. de l'Ouest*, 1902, p. 227).

JACQUET et SABOURAUD. — « A propos de la contagiosité de la pelade ». (*Bulletin S. M. des H.*, 27 mars 1902).

HALLOPEAU. — « Sur 2 tentatives infructueuses d'inoculation peladique (S. F. D., 5 févr. 1903).

JACQUET. — Echec de 100 tentatives d'inoculation peladique.

GARY. — « Etude sur la contagiosité et le traitement de la pelade ». (*Arcl. de Méd. et de Ph. Milit.*, janvier 1904).

GAUCHER et LACAPÈRE. — « Petite épidémie peladique ». (*S. F. D.*, mai 1904).

JACQUET. — « Rapport sur « la petite épidémie peladique de MM. Gaucher et Lacapère ». (*S. F. O.*, 3 nov. 1904).

JACQUET. — Echec de l'inoculation peladique sur le terrain optimum.

BOUVEYRON. — « De la contagion de la pelade ». (*Lyon médical*, 1904, n° 50).

HALLOPEAU. — « Cas de contagions peladiques ». (*S. F. D.*, déc. 1905).

JACQUET. — « A propos de la contagion peladique ». (*S. F. D.*, 11 janvier 1906).

JACQUET. — « A propos de la soi-disante épidémie de pelade familiale de Briey ». (*S. F. D.*, 1^{er} février 1906).

RORAND. — « La pelade n'est pas contagieuse » (Soc. nat. de Méd. de Lyon, 21 janv. 1907).

JACQUET. — « La pelade n'est pas contagieuse ». (Réponse à M. Hallopeau). (*La Clinique*, 18 déc. 1908).

BUTTE. — La pelade envisagée surtout du point de vue scolaire (*La Méd. scolaire*, 10 nov. 1909).

BOUY. — « Existe-t-il des pelades contagieuses ». (*B. S. F. D. et E.*, n° 6, juin 29, p. 599).

F) *Pelade dentaire et pelade avec troubles généraux.*

JACQUET. — « Pelade, lésions dentaires, hypotonie et viciation urinaire ». (*S. F. D.*, févr. 1901).

JACQUET. — « Irritation gingivale dentaire comme point de départ de la pelade ». (*S. F. D.*, déc. 1901).

JACQUET. — « Nature et traitement de la pelade; la pelade d'origine dentaire ». (*A. d. D.*, févr.-mars 1902).

DEHU. — « Un cas de pelade d'origine dentaire chez une hystérique tuberculeuse ». (*Bull. Soc. Méd. H.*, 1902).

JACQUET. — « Pelade d'origine dentaire, tr. stomatologique, guérison très rapide ». (*S. F. D.*, 5 juin 1902).

JACQUET. — « Syndrôme néo-dentaire avec pelade ». (*Bull. Méd. des H.*, 24 juillet 1902).

MILLIAN. — « Pelade de la moustache d'origine dentaire ». (*S. f. D.*, 6 nov. 1902).

- TREMOLLIÈRES. — « Indications et résultats du traitement gingivo dentaire de la pelade ». (*Presse Méd.*, 3 janv. 1903).
- PECHIN. — Indications et résultats de la cure gingivo dentaire de la pelade. (Thèse Paris, 1907).
- JACQUET. — « Sur un cas complexe de pelade dentaire ». (*S. f. D.*, mai 1904).
- PATTE. — Essai sur la pelade d'origine gingivo-dentaire. (Thèse, 25 févr. 1904).
- SOUCQUES. — « Pelade, migraine et névralgie dentaire ». (*Bull. de la Soc Méd. des H.*, 6 mai 1904).
- JACQUET et PORTES. — « Troubles du chimisme sanguin et urinaire de la pelade ». (*Bull. S. D.*, 1901).
- JACQUET et PORTES. — « La viciation hémato-urinaire de la pelade ». (*A. d. D.*, avril 1901, p. 322).
- JACQUET et PORTES. — « Orologie et tiematologie de la pelade ». (*Acad. Méd. de Paris*, 18 juin 1901).

Pelade héréditaire et familiale

- DUCASTEL. — « Pelade familiale chez une névropathe ». (*S. f. D.*, 3 juillet 1902).
- BLASCHKO. — « Alopecia areata étendue à toute une famille ». (*B. D. G.*, 3 mars 1903).
- BALZEM et BARTHÉLÉMY. — « Alopecie congénitale diffuse et généralisée à type familial ». (*B. Soc. Fr. Dermatol.*, 1914).

Troubles sympathiques de la pelade

- JACQUET. — « Pelade droite avec demi hyperesthésie
nevro-musculaire G ». (*S. f. D.*, 3 juillet 1902).
- JACQUET. — « Angine pelade et névralgie occipitale ». (*Bull. Soc. Méd. H.*, 5 mai 1904).
- SICARD. — « A propos de la pelade ». (*La Clinique*,
2 et 16 oct. 1908).
- THIBERGE et COTTENOT. — « Récidives de pelade consé-
cutive à des poussées de prurit anoscrotal. —
Repousse après guérison du prurit ». (*B. S. F. D.*,
9 févr. 1922).
- LÉVY FRANKEL. — « La pelade syndrome d'irritation
vago-sympathique ». (*B. S. f. D.*, 9 mars 1922).
- LÉVY FRANKEL et JUSTER. — « Le syndrome endo-
crino-sympathique de la pelade ». (*Presse médi-
cale*, 40 et 1922).
- P. E. WEIL LÉVY FRANKEL et JUSTER. — « Le réflexe
naso-facial ». (*Journal du Praticien*, 2 juin 1922).
- CAUSSADE, LÉVY FRANKEL et JUSTER. — *A canthosis
Nigricans*. « Patogénie de la Pigmentation et de
la Dystrophie cutanée ». (*Soc. Méd. des H.*,
22 oct. 1922).
- LÉVY FRANKEL et JUSTER. — Résultats obtenus dans les
pelades rebelles par la radiothérapie et la galva-
nothérapie de la région thyroïdienne.

LÉVY FRANKEL et JUSTER. — « Le rôle du système endocrino-sympathique dans la pathogénie de certains troubles trophiques cutanés ». (*P. M.*, 1923, n° 60.)

LÉVY FRANKEL et JUSTER. — *La Pelade*. « Notions actuelles sur ses causes, son mécanisme et son traitement ». (*J. de Méd. de Paris*, 25 juillet 1925.)

LÉVY FRANKEL et JUSTER. — *Le rôle des perturbations du système nerveux sympathique et des glandes endocrines dans la pathogénie des affections cutanées*.

NAAR. — Pelade et Vitiligo. (Thèse, Paris, 1923).

LÉVY FRANKEL et JUSTER. — « Recherches sur le mécanisme physio-pathologique de la pelade ». (*Ann. Dermat.*, 1928, p. 285-294.)

PELADE ET GLANDES ENDOCRINES

LÉVY FRANKEL et JUSTER. — « Etude du métabolisme basal chez les peladiques. » (*B. S. F. D.*, 14 juin 1923.)

LÉVY FRANKEL et JUSTER. — « Le métabolisme basal en dermatologie. » (*Bul. Médic.*, 1924, n° 4.)

JACQUET et GANMERAIS. — « Mal. de Basedow et pelade systématisées. » (*Bull. S. Méd. H.*, 13 novembre 1902.)

SABOURAUD. — « Nouvelles recherches sur l'étiologie

de la pelade. Pelade et Ménopause. » (*Ann. F. de Dermato.*, févr. 1913, p. 88.)

SABOURAUD. — « Pelade et goître exophtalmique. » (*Ann. Dermatol.*, mars 1913.)

BALZER et BARTHÉLEMY. — *Alopécie peladoïde généralisée d'origine surrénalienne.*

SEZARY et LEFEVRE. — « Canitie et alopécie par hyperthyroïde. Guérison par la radiothérapie du corps Thyroïde. » (*Bull. Soc. Méd. H.*, 7 nov. 1930.)

DARIER. — « Cas de pelade décalvante avec canitie guérie par la médication thyroïdienne. » (*B. S. D.*, 7 juillet 1924.)

LOUSTE, LÉVY FRANKEL et JUSTER. — « Pelade et Hypertrichose. » (*B. S. D.*, 12 janvier 1928.)

PIGNOT. — « Deux cas de pelade. » (*B. S. D.*, 1930, p. 1112.)

JUSTER. — « Traitement de la pelade. » (*B. S. D.*, 1930, p. 1187.)

LÉVY FRANKEL et JUSTER. — « Recherches sur le mécanisme pathologique de la pelade. » (*A. D. S.*, avril 1928).

PELADE TRAUMATIQUE ET PAR CHOC

BAVET. — « Pelade traumatique. » (*Soc. belge de dermat. et E.*, 12 mai 1901.)

DUFOUR. — « Alopécie traumatique. » (*Soc. belge de dermat. et E.*, 14 juillet 1901.)

JACQUET. — « Pelade par projectiles intracraniens. »
(*S. F. D.*, 11 mars 1906.)

MOUTIER et LEGRAIN. — « La pelade traumatique. »

FOUQUET. — « Deux cas d'alopecie circonscrite du cuir
chevelu consécutive à un choc nerveux. » (*B. S.
F. D.*, avril 1913, p. 201.)

BERGES. — « A propos d'un cas d'alopecie diffuse due
à un choc nerveux. » (*Soc. des Sc. Méd. et Biol. de
Montpellier et du Languedoc*, 4 janvier 1924.)

Expérimentation :

MOSKALENKO. — « Alopecies en aires à la suite de
l'extirpation du 2^e ganglion cervical chez le
chien. » (*Soc. Derm. Moscou*, 3 février 1899.)

SAINTON. — « Alopecie et canitie par ingestion d'ex-
trait thyroïdien. » (*Bulletin Soc. Fr. Dermatolo-
gie* : 1928, pp., 12, 22, 471; 1930, pp. 684, 686.)

PELADE, SYPHILIS ET TUBERCULOSE

DANLOS. — « Pelade ophrasique chez une jeune fille
entâchée d'infantilisme. » (*S. F. D.*, 7 mai 1903.)

Du Bois. — « Réaction de Wasserman chez les pela-
diques. » (*A. de D.*, nov. 1910.)

PETGES et MURATET. — « Pelade et syphilis. » (*A. de D.*,
nov. 1913.)

SABOURAUD. — « Pelade et tératologie dentaire. »
(*Presse Méd.*, n° 47, août 1917.)

SABOURAUD. — « Des faits concernant la pelade chez les hérédo-syphilitiques. » (*Presse Méd.*, n° 64, 19 nov. 1917.)

SABOURAUD. — « Sur les rapports de la pelade et de la syphilis surtout héréditaire. » (*Presse Méd.*, 23 juillet 1921, n° 581.)

HUELDO et RABUT. — *Enquête sur l'étiologie E de la pelade.* (II^e Congrès de D., Strasbourg, 25-27 juillet 1923.)

VAN GELDEN. — *Deux cas d'alopecie en aires l'un avec stigmates de HE, l'autre avec rein mobile.* (72^e réunion de la Soc. Néerlandaise de D., 21 juin 1925.)

SABOURAUD. — « Pelade et Psoriasis. Pelade et tuberculose. » (*Entr. Dermat.*, série nouvelle, 2^e vol., p. 152.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
— DE LABEURS —

F. BOISSEAU
34, rue du Taur TOULOUSE

